

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РЕГИСТРАЦИИ НА ДОПУСК*
К РАБОТЕ С ДЕТЬМИ И ОТ ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЛИЧНОГО
ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ.**

ИНСТРУКЦИИ:

Если Вы дядя, тетя, дедушка, бабушка, прадедушка, прабабушка, двоюродная бабушка или двоюродный дедушка ребенка, за которым Вы присматриваете, и Вам не надо получать разрешение на уход за детьми, пожалуйста, заполните эту анкету и укажите имя (имена) ребенка (детей) и Ваше родственное отношение к нему (ним).

COUNTY USE ONLY (для округа)	
CASE NAME	
CLIENT CASE NUMBER	
WORKER NAME	
WORKER NUMBER	

1. Имя присматривающего _____ Дата рождения _____ / _____ / _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

Телефон () _____

Штат Калифорния требует от присматривающих доказательства, что их возраст 18 лет или старше. Копия водительского удостоверения или другого доказательства возраста присматривающего должна быть приложена.

2. УКАЖИТЕ ФАМИЛИЮ И АДРЕС СЕМЬИ, НА КОТОРУЮ ВЫ РАБОТАЕТЕ.

Фамилия родителей/опекуна _____ Телефон () _____

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____

3. ЗА РЕБЕНКОМ БУДУТ ПРИСМАТРИВАТЬ В (ОТМЕТЬТЕ ОДНО): Доме ребенка Доме присматривающего

Под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов Америки и Штата Калифорния я заявляю, что я прямой родственник, родственник по браку или по постановлению суда ДЯДЯ, ТЕТЯ, ДЕДУШКА, БАБУШКА, ПРАДЕДУШКА, ПРАБАБУШКА, ДВОЮРОДНЫЙ ДЕДУШКА, ДВОЮРОДНАЯ БАБУШКА ребенка (детей):

Имя ребенка _____, Имя ребенка _____, Имя ребенка _____,
 Имя ребенка _____, Имя ребенка _____, Имя ребенка _____,
 Имя ребенка _____, Имя ребенка _____, за которым (и) я присматриваю.

Я понимаю, что я освобожден от регистрации на допуск к работе с детьми и засвидетельствования личного здоровья и безопасности, т. к. я дядя, тетя, дедушка или бабушка, прадедушка, прабабушка, двоюродный дедушка, двоюродная бабушка.

Я понимаю, что дача ложной или неполной информации может преследоваться по закону и наказываться штрафом и (или) тюремным заключением.

ПОДПИСЬ УХАЖИВАЮЩЕГО	ДАТА
----------------------	------

Я заявляю, что я родитель/опекун ребенка (детей), перечисленных в этой анкете, что я прочел заявление ухаживающего за моим ребенком (детьми) и что я согласен с заявлением в отношении родственного отношения присматривающего к моему ребенку (моим детям).

Я понимаю, что я должен немедленно вернуть эту анкету в окружной департамент социального обеспечения, Программу альтернативных платежей или другое платежное агентство.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ДАТА
--------------------------	------

COUNTY OR AAP USE ONLY (Для округа)

Return this form by: _____ to: